

Prof. Dr. med. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Antworten zu den Fragen
zur Geburtsakte
des Kindes C [REDACTED]
geboren am [REDACTED] 2.13

1. Sind die einzelnen Geburtsphasen – ohne Berücksichtigung der Interventionen – grundsätzlich insbesondere mit Blick auf ihre Dauer normal verlaufen?

Die Geburt begann am [REDACTED] 2.13 um 01.00 Uhr mit einem Blasensprung. Die initiale **Latenzphase** wurde durch die Gabe von 50 mg Cytotec um 14.20 Uhr künstlich beendet und dürfte spätestens um 15.00 Uhr in die Eröffnungsperiode übergegangen sein. Für eine Erstgebärende mit vorzeitigem Blasensprung ist die Dauer der Latenzphase normal gewesen.

Die sich anschließende **Eröffnungsperiode** dürfte bis gegen 17.00 Uhr gedauert haben (destruktive Geburtsschmerzen) und war mit etwa zwei Stunden eher kurz.

Die **Übergangsperiode** scheint gegen 18.45 Uhr überwunden gewesen zu sein und war mit knapp zwei Stunden für eine Erstgebärende normal.

Die **Durchtrittsperiode** dauerte von etwa 18.45 Uhr bis 19.55 und war mit 1 h 10 min, normal lang. Auch sind keine kindlichen Gefährdungszeichen erkennbar.

Die **Plazentarperiode** dauerte von 19.55 Uhr bis 20.35 Uhr und war mit 40 Minuten normal.

Insgesamt war der Geburtsverlauf für eine Erstgebärende normal lang.

2. War die Aufnahme in die Klinik indiziert?

Die Klinikaufnahme erfolgte gegen 12.00 Uhr etwa 11 Stunden nach Blasensprung bei weitgehend wehenlosem Uterus. Nach den (zum Geburtszeitpunkt bereits nicht mehr gültigen) Leitlinien zum Verhalten nach vorzeitigem Blasensprung (AWMF 015/029) wäre eine Antibiotikaphylaxe ab 19.00 Uhr indiziert gewesen. Geburtseinleitende Maßnahmen wären nach dieser Leitlinie frühestens ab 13.00 Uhr, spätestens um 1.00 Uhr am Folgetag indiziert gewesen.

Insofern gab es gegen 12.00 Uhr keine absolute Indikation zur Klinikaufnahme oder zu irgendeiner Intervention.

Relative Indikationen zur Klinikaufnahme können Ängste der Gebärenden oder andere unklare Symptome sein. Diese lassen sich aus der vorliegenden Dokumentation nicht ablesen.

3. War die vaginale Untersuchung (ca. 13:45h nach CTG und Ultraschall, lt. Dokumentation 13:30h) durch den Arzt indiziert?

Nein.

Jede Intervention bedarf einer sorgfältigen Risiko-Nutzen-Abwägung. Auch klinikinterne Standards befreien Ärzte von diesem Grundsatz nicht. Bei einer Erstgebärenden nach vorzeitigem Blasensprung und wehenloser Gebärmutter gehört das Amnion-Infektions-Syndrom zu den wichtigsten Risiken, was eine strengste Indikationsstellung zur vaginalen Untersuchung notwendig macht. Da bereits die Beleghebamme um 11.00 Uhr untersucht hatte und angesichts der fehlenden Wehen kein Geburtsfortschritt zu erwarten war, hätte dieser Befund übernommen werden können und müssen. Auch im Streitfall hätte dieses Vorgehen forensisch Bestand gehabt.

4. War die Verschreibung der Antibiose (ca. 13:45 Uhr am 02.2013 s. o.) und die Gabe um 15:30 Uhr indiziert?

Nein.

Nach der derzeit nicht gültigen Leitlinie (AWMF 015/029) wäre eine Antibiose erst ab 19.00 Uhr indiziert gewesen, da keinerlei klinische Zeichen einer Infektion vorlagen.

Das verwendete Medikament ist für diese Situation möglich.

5. War die Geburtseinleitung mit Cytotec um 13:45 Uhr und die Gabe um 14:20 Uhr indiziert?

Nach der zitierten Leitlinie werden geburtseinleitende Maßnahmen frühestens 12 Stunden nach Blasensprung empfohlen. Die erste Gabe erfolgte nach knapp 13 Stunden.

Nach der zum Zeitpunkt der Geburt noch gültigen Leitlinie „Anwendung von Prostaglandinen in der Geburtshilfe“ (AWMF 015/031) wird eine Dosis von 25µg und eine Wiederholung nach 6 (minimal 4) Stunden empfohlen. Die Dosis und das Applikationsintervall entsprach somit nicht der Leitlinie.

6. Ist der Aufklärungsbogen zur Cytotecgabe den Risiken angemessen?

Ein Aufklärungsbogen kann prinzipiell nicht das persönliche Aufklärungsgespräch ersetzen, sondern dieses nur in verkürzter Form zusammenfassen. Allerdings ist der vorliegende Aufklärungsbogen hinsichtlich der Darstellung der Risiken und des Nutzens sehr knapp formuliert und wirkt stellenweise fast banalisierend. Er wird somit den tatsächlichen Aspekten nur sehr begrenzt gerecht.

7. War die zweite Antibiose nach der Geburt um 1:15 Uhr am 02.2013 indiziert?

Ja.

Eine Wiederholung nach 12 Stunden ist im Sinne einer Resistenzvermeidung dagegen durchaus sinnvoll und bringt mehr Vor- als Nachteile.

8. Worauf deuten unsere Schilderungen des nicht dokumentierten Eingriffs bei der Eingangsuntersuchung (ca. 13:45 Uhr s. o.) hin, welchen Zweck verfolgt dieser Eingriff und ist dieser Eingriff aufklärungs-, zustimmungs- und dokumentationspflichtig?

Die Schilderungen deuten darauf hin, dass der Untersucher im Rahmen der vaginalen Untersuchung nicht unerhebliche mechanische Manipulationen am Muttermund bis hin zur Eipollösung vorgenommen hat. Ziel dieser Intervention könnte eine Provokation lokaler Prostaglandinausschüttungen zur Anregung der Geburt gewesen sein. Man erhofft sich damit eine künstliche Stimulation der geburtseinleitenden und wehenfördernden Mechanismen.

Die Effektivität derartiger Maßnahmen ist (bis auf die neuerdings häufiger praktizierte Geburtseinleitung mit einem Ballonkatheder) umstritten. Nach übereinstimmender Meinung der Fachwelt überwiegen die Nachteile eindeutig: dem oft traumatisch erlebten Eingriff, der einen Zervixriss auslösen kann und in das fragile neuroendokrine System der Geburt eingreift, steht kaum ein Nutzen gegenüber. Insofern ist eine Eipollösung heute nicht mehr indiziert und wird auch kaum noch praktiziert.

Eine solche Intervention wäre in der konkret vorliegenden Situation definitiv nicht indiziert gewesen, zumal zu diesem Zeitpunkt ja offensichtlich bereits fest stand, dass die Geburt mit Cytotec eingeleitet werden soll. In jedem Fall hätte der Untersucher die Patientin über sein Vorhaben aufklären und ihre Einwilligung einholen müssen. Auch wäre eine genaue Dokumentation der Aufklärung, der Einwilligung und der Durchführung notwendig.

9. Darf das Schmerzmittel Meptid ohne ärztliche Verordnung und ohne Risikoaufklärung durch eine Hebamme erfolgen und zu diesem Zeitpunkt (18:15 Uhr) erfolgen?

Meptazinol (Meptid) ist ein Opioid-Analogon mit 0,1% Morphinwirkung ohne Suchtpotential. Eine mögliche Nebenwirkung ist eine Atemdepression beim Neugeborenen.

Die Gabe von Meptid darf ausschließlich auf ärztliche Anordnung erfolgen. Eine Gabe durch die Hebamme ohne ärztliche Anordnung wäre eindeutig eine Übertretung ihres Kompetenzbereiches.

Eine Aufklärung – insbesondere über den Aspekt einer zwar seltenen, aber denkbaren Atemdepression - muss im angemessenen Umfang erfolgen und ist zu dokumentieren.

Die Gabe erfolgte um 18.15 Uhr kurz vor vollständiger Muttermundseröffnung. Die Geburt gewann zu dieser Zeit erheblich an Dynamik. Die Geburt fand letztlich um 19.55 Uhr 1 Stunde 40 min nach Gabe des Meptids statt. Auch wenn natürlich der konkrete Geburtsverlauf prospektiv nicht absehbar war, hätte die Geburtsdynamik jedoch Anlass zu besonderer Vorsicht im Umgang mit dem Meptid geben müssen.

Insofern war die Anwendung – sofern sie auf ärztliche Anweisung erfolgt wäre – zwar nicht eindeutig fehlerhaft, jedoch als kritisch zu beurteilen.

10. Wäre ein Gang auf die Toilette statt der Katheterisierung (19:40h) möglich und sinnvoll gewesen?

Wenn die Gebärende dazu in der Lage ist und keine anderen Hindernisse – die hier nicht erkennbar sind – dies verhindern, ist die spontane Miktion immer besser als eine Katheterisierung. Nicht nur der geringere Schmerz und die geringere Infektionsgefahr, sondern insbesondere der günstige Effekt auf die Geburtsdynamik sprechen immer für die Bevorzugung der Spontanmiktion.

11. Sind für die dokumentierte Feststellung „unzureichender Geburtsfortschritt“ (19:50 Uhr) Gründe erkennbar?

Nein.

Die CTG-Veränderungen stehen im Einklang mit dem aktuellen Geburtsgeschehen und sind nicht als pathologisch zu bewerten. Auch wenn bei einer „Betrachtung von außen“ stets Zurückhaltung mit Bewertungen geboten ist, erscheint eine Bedrohungssituation für das Kind, die eine sofortige Geburtsbeendigung notwendig gemacht hätte, eher als unwahrscheinlich.

12. Wären nach einer solchen Phase aufrechte Geburtspositionen indiziert gewesen?

Eindeutig ja – und zwar sowohl auf die konkrete Position, insbesondere aber auch auf die Bewegung des Beckens bezogen. Die Rückenlage gilt als geburtsphysiologisch ungünstigste Gebärposition, weil sie die räumlichen Bedingungen im kleinen Becken nicht unerheblich einschränken.

13. War die Gabe von Oxytocin (19:50 Uhr) auch mit Blick auf ihre Risiken indiziert?

Nein.

Die Indikation zur Gabe von Oxytocin besteht in einer Wehenschwäche, die angesichts der Geburtsdynamik definitiv nicht vorlag. Die Risiken (höhere Belastung des Kindes, kardiale Risiken, Atonie) sind eindeutig höher als der Nutzen.

14. War die sogenannte Kristeller-Hilfe (19:55 Uhr) auch mit Blick auf ihre Risiken indiziert?

Nein.

Es ist zu vermuten, dass die Beteiligten die Herztonalterationen im konkreten Moment als bedrohlich einschätzten und die Geburt deshalb forcieren wollten, auch wenn von außen betrachtet die Herztonmuster typisch für die späte Durchtrittsperiode waren und keine Bedrohung des Kindes ablesbar war. Genauso denkbar ist auch, dass die Intervention aus reiner Ungeduld durchgeführt wurde.

Die Kristeller-Hilfe ist jedoch mit großen Nachteilen verbunden (Rückenlage, Gefahr Schulterdystokie, Gefahr Geburtsverletzung) und sollte zu Gunsten besserer Optionen (z.B. variable Gebärbewegung) möglichst vermieden werden.

15. War der Dammschnitt (19:55 Uhr) auch mit Blick auf seine Risiken indiziert?

Die Korrektheit der Indikationsstellung ist von außen nicht zu beurteilen.

Im Kontext des unter 14 Gesagten wollten die Beteiligten offenbar die Geburt aus Ungeduld oder (offensichtlich unberechtigter) Sorge forcieren, da sie eine kindliche Not befürchteten. Der Dammriss 3.Grades wäre jedoch mit großer Sicherheit auch ohne Episiotomie erfolgt, weil die Disposition hierfür die Rückenlage und das Kristellern ist.

16. Bestand zu irgendeinem Zeitpunkt ein Gesundheitsrisiko für meine Tochter oder mich, das Interventionen gerechtfertigt hätte?

Nein.

Es gibt in der Gesamtschau der Geburt kein einziges Zeichen einer Pathologie, die eine Intervention rechtfertigt. Alle vorgenommenen Interventionen haben das Geburtsrisiko erhöht, nicht erniedrigt.

vaginale Untersuchung:

- Nutzen: In der Latenzphase bei vorzeitigem Blasensprung bei einer Erstgebärenden kein Informationsgewinn
- Risiko: Amnioninfektionssyndrom

Verdacht auf mechanische Manipulation am Muttermund bis hin zur Eipollösung:

- Nutzen: keiner
- Risiko: Zervixriss, Belastung der Frau, Störung des neuroendokrinen Systems der Geburt

Geburtseinleitung:

- Nutzen: nach nur 12 Stunden Latenzphase umstritten
- Risiko: Eingriff in das Selbstregulationssystem der Geburt

Antibiose:

- Nutzen: kein Nutzen
- Risiko: Störung des vaginalen Mikrobioms, Störung der 2.Beimpfungsstufe des Kindes

Schmerzmittel:

- Nutzen: Schmerzlinderung – wäre möglicherweise auch durch variable Geburtsbewegung erreichbar gewesen
- Risiko: Atemdepression des Kindes

Kristellern:

- Nutzen: keiner (Rückenlage)
- Risiko: Schulterdystokie, Belastung Kind, Geburtsverletzung

Oxytocin:

- Nutzen: keiner (keine Wehenschwäche)
- Risiko: Belastung Kind, Down-Regulation Oxytocin-Rezeptoren Kind, Atonie

Episiotomie:

- Nutzen: Verkürzung Durchtritt
- Risiko: Weiterreißen

17. Haben die Interventionen ein Gesundheitsrisiko für meine Tochter und mich verursacht?

Ja.

- vaginale Untersuchung: traumatisches Erleben, Amnioninfektion
- Verdacht auf mechanische Manipulation des Muttermundes bis hin zur Eipollösung: Zervixriss, Belastung der Frau, Störung des neuroendokrinen Systems der Geburt
- Cytotec: destruktiver Geburtsverlauf
- Antibiose: Resistenzbildung Mutter/Kind, Störung des Mikrobioms (immunologische Effekte beim Kind)
- Schmerzmittel: Atemdepression beim Kind
- Oxytocin: Atonie, Down-Regulation der Oxytocinrezeptoren beim Kind, höheres Risiko einer kindlichen Belastung
- Kristellern: Geburtsverletzung, Schulterdystokie, Belastung Kind
- Episiotomie: Geburtsverletzung

18.1.18

Prof. Dr. H.